

Briefe an die SÄZ



Standardized Mortality Ratio

Zum Artikel «Irrungen und Wirrungen in der Erfassung der Myokardinfarkt-Mortalität in der Schweiz» [1]

Liebe Kolleginnen und Kollegen, sehr geehrte Damen und Herren

Vielen Dank für Ihren Artikel zum Indikator Mortalität bei Myokardinfarkt. Auch aus unserer Sicht ist die Auswertungsmethodik nicht perfekt. Wir würden gerne ergänzend die Sachlage etwas differenzieren. Nicht die reinen Mortalitätskennzahlen, sondern das anhand von Alter und Geschlecht risikoadaptierte Verhältnis zwischen beobachteter und erwarteter Mortalitätsrate, die SMR (Standardized Mortality Ratio), sollte zum Vergleich herangezogen werden; ist diese grösser als 1, könnte das ein Hinweis auf Verbesserungspotential sein. Ein Vergleich der reinen Mortalitätsraten zwischen 2 Spitälern, da stimmen wir Ihnen zu, ist nicht sinnvoll.

Das patientenspezifische Mortalitätsrisiko bei Myokardinfarkt im Einzugsgebiet zweier Schweizer Spitäler dürfte sich nicht wesentlich unterscheiden: Unterschiede im PCCL-Score und Case Weight deuten unserer Ansicht nach eher auf Unterschiede des Kodierverhaltens hin. Darüber hinaus sind die selektierten Kollektive nicht mit denen des BAG vergleichbar: die Luzerner Kollegen haben hier alle Fälle mit einer ICD-10-Diagnose I21.- herangezogen und nicht nur solche mit einer Hauptdiagnose I21.-.

Die vom BAG angewandte Systematik zielt auf eine Beschreibung von vergleichbaren Kollektiven ab; vergleichbar heisst jedoch nicht gleich. Wir sehen die Vergleichbarkeit als durchaus gegeben an. Die vom BAG publizierten Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler ermöglichen eine differenzierte Betrachtung nach Typ (STEMI und Non-STEMI) und auch nach Altersklasse.

Wir trauen den klinisch tätigen Kollegen zu, in fast allen Fällen einen Myokardinfarkt auch als solchen zu erkennen und zu behandeln. Sicher gibt es einen Grenzbereich, innerhalb dessen die Unterscheidung zwischen Infarkt und instabiler Angina pectoris nicht eindeutig ist. Von dieser Restunsicherheit sind unserer Ansicht nach alle Spitäler im ähnlichen Ausmass betroffen. Wir glauben nicht, dass das BAG hier normativ eingreifen muss. Die Abrechnungsda-

ten, anhand derer die Mortalitätsstatistik berechnet wird, werden mehrfach auditiert: einerseits von den Versicherern, andererseits im Rahmen der jährlichen Kodierrevision und vom BAG. Es gibt keinen materiellen Anreiz, die Fälle, die als Myokardinfarkt diagnostiziert werden könnten, nicht als solche zu dokumentieren. Offensichtlich fälschlicherweise als Myokardinfarkt kodierte Fälle werden von den Versicherern beanstandet, systematisches Upcoding zieht finanzielle Sanktionen für die Spitäler nach sich. Die verlässliche Datengrundlage sehen wir als wesentlichen Vorteil der BAG-Methode an.

Sie gehen weiterhin auf mögliche Fehlanzeige ein: So wäre es denkbar, dass Schwerstkranken mit einem hohen Mortalitätsrisiko eher nicht in das Spital eingeliefert werden würden. Hier vertrauen wir weiterhin auf die starke medizinische Ethik des ärztlichen Berufsstandes und sind überzeugt, dass die Kollegen ihrem Beruf verantwortungsbewusst nachgehen. Das Beispiel des schwerstkranken Patienten mit einem metastasiertem Pankreaskarzinom ist etwas irreführend: die Mortalitätskennzahl für Fälle mit Herzinfarkt berücksichtigt nur solche, bei denen ein Myokardinfarkt als Hauptdiagnose kodiert wurde. Die Hauptdiagnose, welche i. d. R. die Diagnose mit dem grössten medizinischen Aufwand ist, wird wahrscheinlich bei einem palliativ behandelten, onkologischen Patienten nicht der Herzinfarkt, sondern das Pankreaskarzinom sein. Sicher sind die vom BAG veröffentlichten Qualitätsindikatoren nicht perfekt. Sie sind jedoch aus unserer Sicht methodologisch richtig. Sie bieten den Spitalern eine Chance, die eigenen Prozesse zu hinterfragen, und den Patienten eine gewisse Transparenz. Eine Transparenz, die wir ihnen aus unserer Sicht schuldig sind.

*Dr. med. Tarun Mehra, Dr. med. Jörk Volbracht
Ärztliche Direktion, UniversitätsSpital Zürich*

- 1 Cuculi F, Kaufmann T, Schüpfer G. Schweiz. Ärztezeitung. 2014;95(36):1344–7.

Leserbriefe



Reichen Sie Ihre Leserbriefe rasch und bequem ein. Auf unserer neuen Homepage steht Ihnen dazu ein spezielles Eingabefeld zur Verfügung. Damit kann Ihr Leserbrief rascher bearbeitet und publiziert werden – damit Ihre Meinung nicht untergeht. Alle Infos unter: www.saez.ch/autoren/leserbriefe-einreichen/



SMB – danke dass es dich gibt

In regelmässigen Abständen wird das Swiss Medical Board scharf kritisiert, so auch im Zusammenhang mit dem Mammographiescreening durch Cerny, et al. [1]. Von dieser Kritik bin ich sehr enttäuscht: Sie geht praktisch nicht auf die wissenschaftlichen Grundlagen ein, sondern spricht einfach generell dem SMB die Fähigkeit ab, an dieser Diskussion teilzunehmen. Weil es keine neuen wissenschaftlichen Daten gibt? Und die alten tatsächlich zeigen, dass bei einem Screening minim Nutzen gegen viel Schaden entsteht? Bezüglich Nutzen hat das SMB in der gleichen Ausgabe Stellung bezogen [2]. Bezüglich Schaden empfehle ich die Lektüre der Untersuchungen von John Brodersen, der in Dänemark umfangreiche Befragungen von Patientinnen nach falsch diagnostizierten Mammakarzinomen in der Mammographie durchgeführt hat: keine dieser vielen Frauen stellt sich je wieder einer Untersuchung, und die Mehrzahl durchläuft ähnliche psychische Belastungen wie Patientinnen, die tatsächlich an einem Mammakarzinom erkranken. Ist das keine Beeinträchtigung der Lebensqualität?

Dr. med. Philippe Luchsinger, Affoltern am Albis

- 1 Cerny T, Passweg J, Nosedo G. Swiss Medical Board: cui bono? Schweiz. Ärztezeitung. 2014;95(46):1726–8.
- 2 Jüni P, Erlanger T, Zwahlen M. Replik zum vorangegangenen Beitrag «Swiss Medical Board – cui bono?». Schweiz. Ärztezeitung. 2014;95(46):1729–31.



SLgE warnt vor Generika-Zwang

Die Schweizerische Liga gegen Epilepsie (SLgE) hat von den Absichten von Bundesrat Berset und dem BAG Kenntnis genommen, dass Krankenkassen bald einmal verpflichtet werden sollen, nur noch Generika zu vergüten und dass Patienten, die ein Originalpräparat einnehmen möchten, die Preisdifferenz selbst bezahlen müssten.

Die SLgE möchte nochmals eindringlich darauf hin weisen, dass neben den generellen Bedenken gegenüber der weiteren Förderung

einer Zweiklassenmedizin ganz spezifisch epileptologische, medizinisch-fachliche Gründe dagegen sprechen, eine solche Regelung bei den Antiepileptika anzuwenden.

Die SLgE als medizinische Fachvereinigung engagiert sich für die optimale und sichere medizinische Abklärung und Betreuung sowie Information der Epilepsiekranken in der Schweiz. Bei Neu-Einstellungen einer Epilepsie oder bei einer (noch) nicht anfallsfreien Epilepsie können Generika problemlos eingesetzt werden. Hingegen hat die SLgE schon mehrmals (und letztmals 2011) darauf hingewiesen, dass bei der Mehrheit, nämlich den 60–70% medikamentös anfallsfreien Epilepsiepatienten ein ökonomisch erzwungener Präparatewechsel bei Antiepileptika für den Patienten und sein Umfeld grosse, wenn nicht gar katastrophale Folgen haben kann. Die Kosten solcher Folgen können die geplanten Einsparungen durch strikte Generikaverschreibung bei weitem übersteigen:

Aufgrund der Bioäquivalenzregelung von 80–125% sind pharmakologisch bei einem Präparatewechsel eine Zunahme des Wirkspiegels um bis zu 56% bzw. eine Abnahme desselben von bis zu 36% möglich. Die epileptischen Anfälle sind bei vielen Patienten nicht einfach zu unterdrücken und schon kleine Schwankungen können invalidisierende Nebenwirkungen (Schwankungen nach oben) oder aber erneute Anfälle (Schwankungen nach unten) auslösen. Unfälle, Verletzungen, Arbeitsausfälle, Stellenverlust, Verlust der Fahreignung und im

schlimmsten Fall der Tod können die Folge sein.

Gut $\frac{2}{3}$ aller Epilepsiepatienten sind unter einer Antiepileptika-Therapie anfallsfrei. Bei ihnen allen sollte nicht nur nach Auffassung der SLgE, sondern auch vieler anderer nationaler und internationaler Epilepsie-Fachgesellschaften, *kein Präparatewechsel* erfolgen, weder vom Original zu einem Generikum noch von einem Generikum zum Original noch vom Generikum zu einem anderen Generikum.

Vorausschauend weist aus diesen Gründen die SLgE eindringlich darauf hin, dass die geplante Vergütungsregelung bei anfallsfrei eingestellten Epilepsie-Patienten *nicht zur Anwendung kommen darf* und sie fordert dementsprechend Herrn Bundesrat Berset und das BAG auf, eine entsprechende Ausnahme bei der Regelung zu machen.

Die SLgE ist überzeugt, dass das BAG den dargelegten Sachverhalt anerkennt und dem Antrag der SLgE zum Wohle und der Sicherheit der Epilepsie-Patienten in der Schweiz folgen wird. Für weitergehende Informationen und Auskünfte stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

*Dr. med. Günter Krämer Präsident der SLgE
PD Dr. med. Stephan Rüegg, Vizepräsident der SLgE*

Mitteilungen

Schweizerische Liga gegen Epilepsie (Epilepsie-Liga)

Ausschreibung – Förderung der wissenschaftlichen Forschung im Bereich der Epilepsie (vorwiegend Starthilfen)

Die Epilepsie-Liga unterstützt wissenschaftliche Projekte im Bereich der Epileptologie im Gesamtbetrag von 25 000 CHF pro Jahr. Insbesondere soll die Erforschung von Ursachen und Behandlungen der Epilepsie gefördert werden. Stipendien für Aus- oder Weiterbildung oder Auslandsaufenthalte werden nicht ausgerichtet. Hingegen können Reise- und Aufenthaltskosten (ohne Salär) für Kurzaufenthalte (maximal einige Wochen) finanziert werden, sofern sie dem Erlernen von Methoden dienen, welche im Rahmen eines unterstützten Projektes in der Schweiz eingesetzt werden.

Falls der Antragsteller/die Antragstellerin bereits anderswo Anträge für Unterstützung gestellt hat, ist offenzulegen, bei wem und mit welchem Ergebnis.

Termin für die Einreichung von Gesuchen: 31. Dezember 2014.

Richtlinien zur Forschungsförderung sind bei der Epilepsie-Liga erhältlich. Bewerbungen sind in vierfacher gedruckter Ausführung sowie in elektronischer Form einzureichen an: Epilepsie-Liga, Seefeldstrasse 84, Postfach 1084, 8034 Zürich, Tel. 043 488 67 77, Fax 043 488 67 78, info[at]epi.ch

Aktuelle Forumthemen

Jetzt online mitdiskutieren auf www.saez.ch



Professor Dr. med. Sevgi Tercanli,
Titularprofessur Frauenheilkunde und Geburtshilfe Universität Basel

Nicht-invasiver Pränatal-Test (NIPT)

Ersetzt der NIPT die bisherigen Screeningverfahren?



Dr. Beat Sottas, freischaffender Berater, Forscher und Publizist, Inhaber der Firma formative works

Medizinstudium: Geht es auch kürzer und billiger?

Zwei Impulse aus den USA könnten Hausarztmedizin stärken